

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Second service de chirurgie

FACULTÉ DE MÉDECINE

Prof. R. MONTANT

Directeur de thèse: Dr A. Calame, privat-docent

**Aspects variés
de la symptomatologie et des répercussions
de la lithiase biliaire
avec considérations spéciales sur les calculs solitaires
du canal cystique et du canal cholédoque**

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Bernard BRADMAN
DES ÉTATS-UNIS

Thèse N° 2580

GENÈVE
ÉDITIONS MÉDECINE ET HYGIÈNE
1958



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552305_0060

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Second service de chirurgie

FACULTÉ DE MÉDECINE

Prof. R. MONTANT

Directeur de thèse: Dr A. Calame, privat-docent

**Aspects variés
de la symptomatologie et des répercussions
de la lithiase biliaire
avec considérations spéciales sur les calculs solitaires
du canal cystique et du canal cholédoque**

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Bernard BRADMAN

DES ÉTATS-UNIS

Thèse N° 2580



GENÈVE

ÉDITIONS MÉDECINE ET HYGIÈNE

1958

*La Faculté de médecine, sur le préavis de Monsieur le professeur
R. Montant, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre
par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 10 juin 1958.

Le doyen :

Eric MARTIN

Thèse N° 2580

Introduction

La calculose biliaire constitue un fardeau toujours plus lourd pour les êtres humains dans le monde entier. Déjà signalée au XIV^e siècle, la présence de pierres dans le système biliaire devient de plus en plus fréquente. Cette fréquence est surtout élevée si l'on considère les statistiques concernant des sujets de plus de vingt ans. Le taux de la lithiase biliaire croît en fonction directe de l'âge et, comme la durée de la vie augmente dans de nombreux pays, il est facile de prévoir que la lithiase biliaire prendra toujours plus d'importance au cours des temps à venir.

Il nous a paru intéressant d'étudier les cas de lithiases ne répondant pas à la description classique et de considérer les aspects variés de la symptomatologie que pouvait prendre cette affection. Nous avons recherché également les moyens de diagnostic qui nous ont semblé les plus adéquats pour mettre en évidence une lithiase méconnue.

A. Symptomatologie de la lithiase biliaire

Nous considérerons cette symptomatologie tout d'abord sous sa forme classique, et puis dans ses aspects variés simulant des affections gastro-duodénales.

I. Symptomatologie classique

Cette symptomatologie comprend:

- a) les crises récurrentes de coliques biliaires (ou cholécystites aiguës);
- b) les troubles dyspeptiques, accompagnés de ballonnement épigastrique, d'éructations et de douleurs au niveau de l'hypochondre droit, avec parfois de la constipation, de l'aérocolie.

Les coliques biliaires succèdent souvent aux repas riches en matières grasses, l'intolérance aux graisses, aux oeufs, au chocolat, à la mayonnaise reste toujours un excellent signe). Les crises émotionnelles, le surmenage, la menstruation et l'accouchement, les petites infections peuvent également déclencher les coliques biliaires.

La douleur, qui est en général le principal symptôme, se localise dans la région épigastrique ou dans la région supéro-externe droite de l'abdomen. Elle irradie classiquement dans l'épaule droite, mais on la trouve tout aussi volontiers à la pointe de l'omoplate droite et dans la région interscapulaire (cette douleur dans le dos peut être le signe d'une obstruction du canal cystique ou du canal cholédoque). Elle peut être intense, très aiguë, augmentée par la respiration. La nausée, le vomissement et un léger ictère sont fréquents. Cette symptomatologie habituelle pour la colique lithiasique va s'accompagner d'une poussée

fébrile si, comme c'est habituellement le cas, l'infection se surajoute à la stase biliaire.

Dans les cas classiques, ces symptômes apparaissent comme un syndrome et ne posent dès lors plus de problème diagnostique. Du moment où cette symptomatologie est présente, on est presque certain du diagnostic et la conduite à tenir est bien définie. Une fois les signes d'affection aiguë disparus, il faudra tout d'abord effectuer un tubage duodénal, puis une cholécystographie. Ces deux tests vont nous apporter des renseignements importants. La cholécystographie pourra confirmer définitivement le diagnostic. Si les calculs sont visibles, il sera possible d'apprécier leur localisation exacte, et parfois les dénombrer.

II Symptomatologie atypique

Certains patients ne présentent que des symptômes gastriques qui font penser très nettement à des ulcères gastriques ou duodénaux. Ils peuvent simuler également la gastrite, avec hyperacidité. Dans certains cas, de véritables crises gastriques apparaissent trois à quatre heures après les repas, avec crampes douloureuses localisées dans la région épigastrique, irradiant également le long du rebord costal droit, vers l'épaule. Ces symptômes sont quelquefois suivis de nausées et de vomissements alimentaires ou bilieux. Il n'y a généralement ni fièvre, ni ictère dans ces cas. Ces crises peuvent durer quelques heures et disparaître sans laisser de symptomatologie gastrique. Le patient, libre de toute symptomatologie gastrique, pourra les voir se reproduire généralement après un intervalle de temps plutôt long (16).

D'autres patients présentent des symptômes de dyspepsie embarrassants: sensations de malaise apparaissant immédiatement après les repas, accompagnées de lourdeur ou de ballonnement dans la région épigastrique, auxquelles s'ajoutent parfois de la sensibilité gastrique, des éructations, des aigreurs, de l'hyperacidité, de l'aérophagie. Ce dernier groupe de symptômes fait son apparition une ou deux heures après les repas (16 - 18).

Il faut faire une place à part à deux catégories de malades souffrant d'affections de la voie biliaire. Les uns, atteints de troubles sphinctériens de l'Oddi, avec ou sans calculs, font des symptômes gastriques bruyants: crises de vomissements durant plusieurs heures, avec douleur épigastrique accompagnée parfois de lipothymie. Les autres, en général de vieilles femmes, empièrrent leur voie biliaire principale de façon progressive et

massive. Sans crises aiguës, sans ictère caractérisé, les patients ne digèrent plus bien, perdent l'appétit, maigrissent, ont un teint jaunâtre. Tout se passe comme si un cancer du tube digestif évoluait à bas bruit.

Les patients présentant des symptômes aussi variés doivent être examinés très soigneusement, de façon à éliminer l'estomac et de duodénum comme source de ces troubles. L'examen doit comporter aussi bien des analyses de laboratoire que des épreuves radiologiques. Si les conclusions sont négatives et que ni l'estomac, ni le duodénum ne peuvent être incriminés, la possibilité de lithiase biliaire doit être présente à l'esprit. Il sera utile alors de faire les examens appropriés, de façon à juger la situation plus clairement.

La lithiase biliaire présente donc une grande complexité, en raison de sa fréquence, et de la gamme de symptômes qui peut en être la manifestation. A côté des cas classiques qui présentent des phénomènes douloureux aigus dont l'expression majeure est la crise de colique hépatique et un syndrome dyspeptique biliaire, il y a tous les cas, plus nombreux, à symptomatologie digestive moins précise.

B. Techniques permettant de mettre en évidence les calculs

biliaires

La radiographie est le plus précieux des procédés d'exploration du système biliaire, grâce aux techniques d'opacification de la vésicule et des canaux biliaires, par voie orale, intra-veineuse ou par injection directe sous contrôle laparoscopique.

I. Cholécystographie par voie orale

On a commencé par utiliser les dérivés halogénés de la phénolphthaléine pour cette opacification. Le procédé habituel consiste à faire ingérer la veille, au repas du soir, de la tétra-iodophthaléine; l'élimination du produit par la bile met en évidence la vésicule qui atteint son maximum de visibilité seize à vingt-quatre heures après la prise de la drogue.

Depuis quelques années, de nouveaux produits de contraste ont été proposés, qui ont considérablement amélioré la qualité des images obtenues. L'acide iodo-panoïque (téléplaque) administré également par voie buccale, donne des images remarquablement bien contrastées, de même que les produits triiodés.

Cette opacification par voie orale permet la visualisation des canaux biliaires dans un grand nombre de cas. Tout dépend de l'état fonctionnel de la vésicule biliaire. Si la cholécystite tend à la chronicité, une dysfonction, voire même une non-fonction de la vésicule peut s'installer. Cet état est dû à la fibrose qui survient dans ces cas, amenant quelquefois l'exclusion de la vésicule. La cholédystographie par voie orale a alors une valeur limitée.

II. Cholangiographie intra-veineuse

En ce qui concerne la cholangiographie intra-veineuse, on emploie maintenant la biligrafin qui s'injecte par voie endo-veineuse. Les clichés sont tirés à la demande après cette injection, d'abord de façon plus rapprochée, puis toutes les vingt ou trente minutes jusqu'au remplissage de la vésicule.

Si la cholécystographie par voie orale et la cholangiographie intra-veineuse ne donnent pas de résultat, on peut les faire simultanément, ce qui augmente les chances de succès à l'examen radiologique. Le patient prendra du téléplaque la veille de l'examen. Le jour même, on lui injectera la biligrafin. Cette cholécysto-cholangiographie améliore considérablement le contraste et permet parfois une lecture meilleure que celle obtenue par chacun des examens séparés. En cas d'échec de cette dernière méthode, on pourra alors pratiquer la cholangiographie sous laparoscopie.

On doit compléter l'examen radiologique, une fois la vésicule injectée, par la prise d'un repas riche en graisses pour permettre l'évacuation vésiculaire et obtenir le film de cette évacuation.

III. Cholangiographie sous laparoscopie (méthode de Royer)

(- 9, 12, 15, 24)

La cholangiographie laparoscopique est une opacification directe de la vésicule biliaire et des voies biliaires sous contrôle laparoscopique. Si la vésicule est exclue ou si le foie est incapable de métaboliser par la bile l'iode administré, la méthode de Royer est alors la seule façon d'opacifier la vésicule et de faire ainsi un diagnostic précis (4).

En complément de ces investigations, on pratique presque partout, maintenant, la cholangiographie per-opératoire, méthode de choix dans la confirmation du diagnostic. Le Royer a sur elle l'avantage d'établir un diagnostic avant l'opération et d'être souvent l'élément décisif pour poser l'indication opératoire (6). D'autre part, il permet au chirurgien, lors de l'opération, de réduire à un strict minimum la durée du temps nécessaire à l'établissement d'un diagnostic exact et facilite le choix de la technique à appliquer (7, 23).

C. Calculs solitaires du canal cystique

Les calculs peuvent se localiser n'importe où dans le système biliaire. Beaucoup d'entre eux sont absolument silencieux et leur existence est complètement ignorée. On les trouve accidentellement lors d'examens radiologiques d'un autre organe, ou à l'autopsie. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas, et les douleurs que peuvent engendrer certains calculs, même solitaires, sont bien connues.

Le calcul solitaire du canal cystique entre dans cette catégorie. C'est un calcul qui entraîne des symptômes gastriques et dyspeptiques bien plutôt que ceux habituellement caractéristiques de la lithiase biliaire. Cette affection est très ennuyeuse et peut être difficile à diagnostiquer. Elle peut même échapper complètement. Par leur localisation, ces calculs sont capables de simuler pratiquement tous les syndromes dyspeptiques gastro-duodénaux relevant de troubles organiques ou fonctionnels (8). Dans bien des cas, le tubage duodénal et la cholécystographie sont entièrement normaux. Quelquefois, on peut voir une vésicule exclue, radiologiquement, mais il est impossible de déterminer la nature de l'obstruction qui est de première importance. Un traitement adéquat dépend en effet de l'exactitude de ce renseignement.

Un des buts de ce travail sera d'attirer l'attention sur le fait que, dans beaucoup de cas, le calcul solitaire du cystique donne une symptomatologie nettement gastro-duodénale, et non hépatique.

Première observation clinique

Mr. S., âgé de 56 ans, mécanicien, avait souffert pendant une année d'une douleur oppressante dans la région épigastrique, douleur qui durait environ deux heures dans la matinée (de

neuf à onze heures). Il n'y avait pas de sensation de brûlure, pas de nausée ni de vomissements. Son appétit était bon et ses selles régulières. Le pouls était à 100/min., la pression sanguine à 165/100. L'abdomen n'était pas tendu et n'offrait pas de résistance à la palpation. Le signe de Murphy était modérément positif et celui de MacBurney négatif. Le patient reçut un spasmodique et fut envoyé chez le radiologue pour une série de radiographies abdominales et une cholécystographie. Les radiographies abdominales révélèrent une hyperkinésie gastro-intestinale sans signe de lésion organique. La cholécystographie mit en évidence une vésicule peu opacifiée. Dans une deuxième série de clichés, trois examens comprenant des cholécystographies par voie orale et par voie intra-veineuse donnèrent une légère opacification de la vésicule biliaire et l'on conclut à une dysfonction vésiculaire dont l'origine exacte échappait. Pour en déterminer la nature, on fit une cholangiographie selon la méthode de Royer. L'image révéla un ménisque dans le canal cystique qui fut retrouvé sur chaque radiographie. Cet aspect particulier est pathognomonique du calcul. L'opération confirma ce diagnostic. Le pathologue trouva un calcul solitaire du canal cystique et une vésicule biliaire fibrosée dans toutes ses couches en raison de la durée de l'affection.

Les affections de ce genre ne sont pas rares. Le diagnostic différentiel, ici, devait se faire entre une affection gastrique ou une affection de la vésicule biliaire. L'hyperkinésie gastrique et les symptômes gastro-duodénaux résultaient de réactions neuro-végétatives générales et de troubles réflexes dûs au calcul.

Deuxième observation clinique

Homme de 45 ans, dans les antécédents duquel on relève une opération pour hémorroïde à 26 ans et des douleurs hépatiques à 37 ans, traitées médicalement. Depuis une semaine, le malade se plaint de douleurs intermittentes en lancées dans la fosse iliaque droite. Les examens du sang, de l'urine, la vitesse de sédimentation, le Wolgemuth sont normaux. A l'examen physique, l'abdomen est légèrement augmenté de volume, mais souple. Le Murphy est négatif. Le MacBurney est légèrement douloureux à la palpation profonde. On pose le diagnostic d'appendicite chronique. Quelques jours après, le malade se plaint de douleurs dans l'hypocondre droit. Le tubage duodénal ne donne aucun résultat concluant. On pratique une cholécystographie et une cholangiographie i.v. : la vésicule n'est pas exclue; il y a un mauvais remplissage, mais pas de calcul visible. On pratique un Royer qui révèle un

calcul solitaire du collet et un hydrops vésiculaire (Fig. 1). Lors de l'opération, on pratique en même temps une cholécystectomie et une appendicectomie.

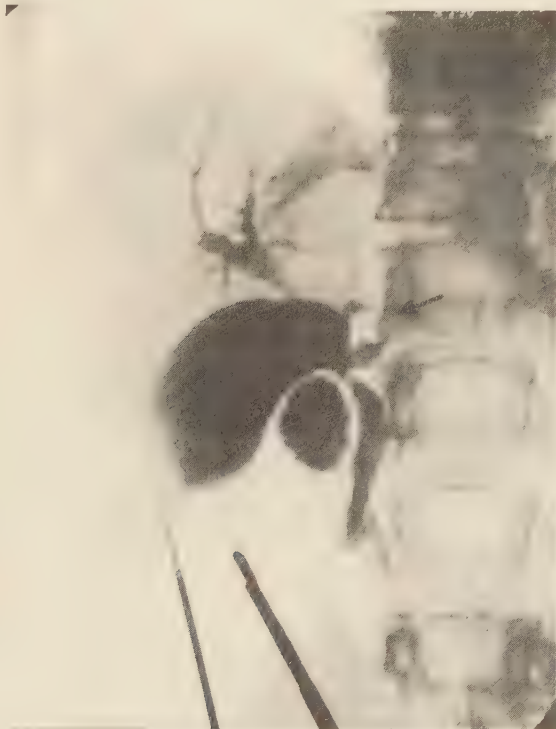


Figure 1

Calcul isolé du canal cystique (voir flèche), dont la mise en évidence ne fut possible que par la cholangiographie laparoscopique.

Les deux diagnostics sont confirmés à l'opération. La vésicule était fibreuse et il y avait un gros calcul de cholestérol enclavé dans le cystique. A noter en passant que le Royer n'avait laissé aucune adhérence et qu'on retrouvait difficilement

l'orifice de ponction sur la vésicule, minuscule et parfaitement fermé.

L'incertitude dans laquelle on se trouve lors de calculs solitaires du canal cystique est bien illustrée par ces deux cas. Dans l'un comme l'autre, la vésicule biliaire fonctionne mal. Cependant, il n'était pas possible de déceler une obstruction cystique. On peut évidemment discuter et dire que la chirurgie constitue de toute façon le traitement indiqué. Ceci est vrai. Cependant, le chirurgien est infiniment plus à son aise s'il part avec un diagnostic précis et s'il peut poser son indication opératoire sur une constatation exacte. Les néoplasmes peuvent aussi donner des vésicules partiellement exclues et il est évident qu'une connaissance préalable de la situation garde ici toute son importance.

Conséquences de la lithiase isolée méconnue du canal cystique

Les calculs non diagnostiqués du canal cystique peuvent amener un certain nombre de complications qui vont de l'inflammation banale du canal cystique et de la vésicule biliaire au néoplasme. La réaction immédiate du canal cystique est en général une dysfonction qui s'accompagne de phénomènes inflammatoires. La synergie qui existe entre les sphincters biliaires et les sphincters pylorique et cardio-oesophagien explique les troubles secondaires gastriques et dyspeptiques (3). Lorsque l'affection prend un caractère chronique, le calcul en cause provoque d'autres réactions. Dans certains cas, il y a fibrose, suivie d'une sténose du canal cystique qui conduit à l'exclusion de la vésicule biliaire. D'autres fois, les calculs s'incarcèrent dans la paroi du canal grâce à la croissance défensive du tissu inflammatoire. Si l'inflammation persiste pendant longtemps, la formation d'un néoplasme est toujours possible (calculo-cancer) (2 - 17). Un des lieux de prédilection du néoplasme type nodulaire est le carrefour cystico-hépatico-cholédocien. Le point de départ d'un tel processus peut fort bien être une inflammation du canal cystique due à un calcul. Une autre répercussion d'un calcul du cystique est une fibrose généralisée de la vésicule biliaire (voir première observation clinique). Cette possibilité diminue la capacité fonctionnelle de l'organe, causant par la suite des problèmes digestifs. Ces dernières conditions peuvent provoquer une série de symptômes fort semblables à ceux d'une dyskinésie biliaire de nature purement fonctionnelle (18 - 25).

D. Passage d'un calcul du canal cystique dans le canal

cholédoque; lithias cholédocienne

Lorsqu'un calcul a passé du cystique dans le cholédoque, deux faits peuvent se produire: 1) il peut sortir tout simplement dans le duodénum et être ensuite éliminé; 2) il peut rester dans le cholédoque. La symptomatologie de la lithias cholédocienne comporte: 1) des crises douloureuses beaucoup plus sourdes et moins durables que les coliques hépatiques; 2) des poussées fébriles; 3) les différents effets de la stase biliaire se feront sentir: les épisodes ictériques en seront la principale manifestation (21 - 9).

En outre, un calcul situé dans la partie terminale du canal cholédoque peut donner lieu très facilement à une inflammation du sphincter d'Oddi.

La situation anatomique de la jonction cholédoco-wirsungienne peut amener des troubles importants de la fonction pancréatique. Souvent, une affection du système biliaire a précédé l'affection pancréatique, la pancréatite aiguë en particulier. L'implantation d'un calcul dans l'ampoule de Vater, ou un spasme du sphincter d'Oddi, peuvent amener une obstruction dans le système canaliculaire pancréatique (11 - 24). Ces différents états peuvent donner lieu finalement à une pancréatite chronique récidivante (12).

Si l'inflammation persiste pendant un certain temps, la possibilité d'un néoplasme est toujours présente.

Dans certains cas, le calcul agit comme une soupape et bloque partiellement le canal cholédoque, causant des crises répétées d'ictère, avec douleur dans le quadrant supérieur droit

de l'abdomen (13). Ces symptômes vont du léger inconfort aux véritables coliques, avec nausées et vomissements. Il n'existe pas de symptômes ou groupes de symptômes spécifiques pour la lithiase du cholédoque (9).

Troisième observation clinique

Reprenons une observation de Dixon et MacCarran (13) qui nous paraît illustrer parfaitement les complications de diagnostic et de thérapeutique que peut soulever la présence d'un calcul cholédocien. Un médecin de 65 ans se plaignait depuis une année environ de douleurs thoraciques et de douleurs assez vagues de l'épigastre, spécialement dans le quadrant supérieur droit. La première crise était survenue une année auparavant et avait duré environ deux heures, suivie de douleurs dans la partie supérieure droite de l'abdomen pendant deux ou trois jours. Dix mois plus tard, un second épisode aigu eut lieu, avec douleurs diffuses. Il n'y avait pas de coliques, pas de frissons, de nausées, de vomissement ou d'ictère. L'horaire des repas ou la qualité de la nourriture n'avaient pas d'influence sur la douleur, mais celle-ci était moindre lorsque la quantité d'aliments ingérés était plus petite. Les antiacides amenèrent quelques soulagements, mais du météorisme. L'appétit restait bon, les selles étaient régulières et normales. Le patient était obèse (90,7 kg.).

On fit une cholécystographie qui révéla un non-fonctionnement de la vésicule biliaire. Le diagnostic fut: cholécystite, avec lithiase. Le patient refusa toute opération et une diète lui fut recommandée pour perdre un peu de son poids.

Quatre jours plus tard, le patient avait des frissons et des douleurs sourdes dans le quadrant abdominal supérieur droit. L'épigastre droit était tendu, la température à 39°, et l'on comptait 12.200 globules blancs par mm³.

Une semaine plus tard, on fit une cholécystectomie. La vésicule biliaire était petite, contractée et ne contenant pas de calculs. Le canal cholédoque était dilaté, deux fois et demie environ sa taille normale. A la palpation, on ne trouvait pas de calculs et l'on ne pratiqua pas de cholédocotomie. Le canal cystique et le pancréas étaient de taille normale, bien que le pancréas fût un peu plus ferme qu'habituellement. L'état post-opératoire fut normal.

Pendant les trois mois qui suivirent, le patient se sentit bien. A la fin de cette période, il eut une douleur vive

dans la région épigastrique qui dura quelques minutes. Il avait également des sensations de ballonnement d'une durée de six heures. Il pensa que c'était un trouble diététique. On lui conseilla de prendre un spasmolytique: il prit de la trasantine. Plus tard, il fut hospitalisé pour une orchite. On fit alors des tests d'excrétion urinaire ainsi qu'une série de clichés gastro-intestinaux, tout ceci sans résultat.

Six mois plus tard, le patient ressentit une vive douleur dans le quadrant supérieur droit. La douleur dura six heures, le patient eut des nausées et vomit à plusieurs reprises. Puis il devint ictérique. C'est à ce moment qu'il se présenta pour être examiné. L'examen général était normal. Le tubage duodénal donna 50 cc. de bile. Une radiographie ordinaire de l'abdomen révéla une ombre de forme annulaire dans le quadrant supérieur droit, qui fut interprétée comme une calcification au niveau d'une côte. Les deux possibilités avant l'opération étaient: 1) calcul du cholédoque; 2) carcinome de l'ampoule de Vater. Lors de l'opération, on trouva un cholédoque cinq fois plus grand que sa taille normale. A l'ouverture du canal cholédoque, on pouvait aisément passer avec la drague biliaire dans le duodénum. A la palpation, le duodénum révéla un grand calcul à côté de l'ampoule, calcul qui avait certainement dû agir comme une soupape. Le calcul fut enlevé: il mesurait 1,5 cm. de diamètre. Une biopsie du foie révéla une péricholangite et une fibrose périportale. L'évolution post-opératoire fut normale.

Ce cas illustre fort bien les aléas auxquels est livré le chirurgien s'il ne sait pas tirer parti du Royer. Si cette méthode avait été appliquée dès les premiers symptômes, il est très probable qu'une seconde intervention n'aurait pas été nécessaire. Il est à souligner que, lors de la première opération, le calcul ne fut pas dépisté à la palpation, comme il arrive fréquemment dans ces cas, même au meilleur chirurgien. Souvent, en effet, l'état fibrosé des voies biliaires empêche de sentir un calcul. En fait, par la cholangiographie per-opératoire, le calcul aurait certainement été dépisté et le diagnostic correct établi. Les souffrances du patient auraient pu être limitées dans un pareil cas, et les craintes de carcinome de suite écartées. Il aurait été beaucoup plus satisfaisant également d'opérer en toute connaissance de cause plutôt qu'à l'aveuglette, comme ce fut le cas. Le Royer est donc un examen utile pour le diagnostic de syndromes douloureux suspects dans l'épigastre et l'hypochondre droits. La figure 2 démontre comment, dans un cas analogue, le diagnostic fut établi par le Royer avant toute opération.



Figure 2

Cholangiographie laparoscopique de Royer démontrant la présence d'un calcul solitaire du bas cholédoque.

Quatrième observation clinique

Un malade entre en clinique avec un ictère très marqué. Deux diagnostics sont possibles: l'ictère infectieux ou une obstruction lithiasique des voies biliaires. On demande un Royer. La laparoscopie montre un foie verdâtre et une vésicule atrophiée. La radiographie révèle plusieurs calculs vésiculaires et un gros calcul cholédocien. (Voir figure 3). La vésicule est non-fonctionnelle. Lors de l'opération, on extirpe une vésicule dont les parois sont complètement atrophiques et se déchirent à la moindre traction. En palpant le cholédoque, on croirait sentir un

néoplasme de la tête du pancréas: le calcul est en effet entouré d'une coque fibreuse qui rend son extirpation extrêmement délicate. On doit pratiquer une duodénotomie et casser en trois parties le calcul pour arriver à l'extraire.



Figure 3

Lithiase vésiculaire multiple accompagnant un calcul solitaire enclavé dans la papille. Le Royer met parfaitement en évidence l'origine et la nature de l'obstacle avant toute opération.

Le malade, vu la durée de l'obstruction, a mis des semaines pour éliminer toute trace d'ictère.

Dans ce cas, la vésicule étant afonctionnelle, on aurait perdu du temps en ne pratiquant pas d'entrée une cholangiographie sous laparoscopie. Cette dernière a permis un diagnostic

précis et augmenté les chances de réussite de l'opération.

L'ictère dû à la lithiase cholédocienne a un caractère transitoire; il apparaît surtout à la suite de crises douloureuses. Il est quelquefois si léger que seul un dosage de la cholestémie ou la présence passagère de pigments dans l'urine permettent de le découvrir (9, 12).

Cinquième observation clinique

Malade de 59 ans qui souffre de cholécystite depuis 25 ans. Elle a été opérée en 1928 pour une péritonite appendiculaire. En 1938, elle subit une cholécystectomie. Puis ces épisodes douloureux diminuent de fréquence pendant trois à quatre ans. En 1942, elle ressent à nouveau des douleurs sous forme de coliques hépatiques, douleurs qui se rapprochent de plus en plus. Elle a le teint jaune depuis cinq semaines.

A l'examen physique, on trouve une malade de teint jaune clair. Le Murphy est légèrement positif. L'examen à la bili-grafin ne donne à aucun moment d'image franche de moulage des canaux hépatiques. Il y a tout au plus un gros cholédoque, mal contrasté.

Lors de l'opération, on trouve un énorme calcul du cholédoque qui est extirpé facilement. La malade se remet très bien et ne présente plus dès lors de traces d'ictère. La taille du calcul démontrait son ancienneté. Le calcul existait certainement lors de la cholécystectomie. Des techniques plus précises l'auraient sans doute révélé déjà à cette époque.

E. Répercussions de l'obstruction par lithiase cystique
ou cholédocienne

L'obstruction cholédocienne entraîne en général une stase biliaire, suivie d'épisodes ictériques.

I. Stase biliaire

Certains calculs solitaires du cystique et du cholédoque sont assez grands pour bloquer la voie biliaire principale et, dans beaucoup de cas, provoquer une stase biliaire. Les effets d'une obstruction biliaire sur le foie sont les suivants (ces effets sont étudiés sur biopsie hépatique) :

a) il y a tout d'abord une accumulation de bile dans la région centrolobulaire. La bile va former de véritables bouchons dans les canaux biliaires dilatés;

b) une infiltration cellulaire va se faire dans les espaces portes. Une réaction inflammatoire peut s'ensuivre;

c) si l'obstruction se prolonge, les espaces périphériques seront atteints (9, 12).

Dans les cas extrêmes, la bile extravasera. On décrit également des infarctus biliaires. La présence de bile extravasée et d'infarctus dans une biopsie est pathognomonique de l'obstruction extrahépatique ou "ictère chirurgical" selon l'expression anglo-saxonne.

Dans les derniers stades, la cellule hépatique dégénère et les tests de floculation deviennent anormaux (20).

II. Ictère par obstruction

L'ictère, avec ou sans prurit, peut amener bien des confusions quant à son origine. C'est un fait bien connu que l'hépatite est souvent la cause d'une rétention de type ictérique. Il n'est pas rare qu'un patient revienne subitement ictérique et entre en rémission spontanément, peu de temps après.

Beaucoup de ces cas sont pris pour des crises d'hépatite; l'hépatite, en fait, peut donner lieu à un tel tableau. Ces cas devraient être examinés de façon très rigoureuse, l'anamnèse tout spécialement, et ceci pour d'autres raisons: il a été démontré que l'on pouvait avoir, après hépatite infectieuse, des séquelles retentissant sur la vésicule biliaire: stase générale de la bile par hypofonction hépatique. Un tel état favorise la formation de calculs dans l'appareil biliaire (1, 12, 19).

En cas d'ictère, on devrait toujours faire des tests tels que l'examen des selles, le compte des leucocytes, le taux de cholestérol sanguin, le taux de bilirubine et d'urobiline dans le sang et l'urine. Il est important qu'un calcul ne soit pas pris pour une hépatite; il est tout aussi important qu'une hépatite ne soit pas traitée de calculose.

F. Calculs oubliés

Dans un certain nombre de cas, le diagnostic de calculs biliaires peut être fait grâce aux examens radiologiques habituels. Cependant, il est toujours possible que les radiographies ne nous révèlent pas tout. Bien que les canaux et la vésicule aient été opacifiés, des calculs dépistés, on ne peut être absolument sûr que toutes les pierres aient été vues. Par exemple, on aura repéré des calculs dans la vésicule, alors que de petits calculs du cystique ou de cholédoque auront passé inaperçus. Ceci peut être d'une importance capitale, avec tous les risques que comporte le calcul oublié (10). Très souvent, c'est ce calcul, justement, qui était à l'origine des problèmes qui décidèrent de l'opération. Les calculs les plus proches des sphincters sont ceux qui, le plus facilement, causent les différents troubles déjà mentionnés.

Le calcul oublié est le souci du chirurgien. Le patient se trouve, après opération, dans le même état qu'avant. Il y a quelquefois une amélioration temporaire due à des phénomènes d'euphorie post-opératoire. Cependant, les symptômes, petit à petit, réapparaissent, quelquefois d'une façon très brusque, faisant souffrir inutilement le patient. Il n'est pas rare, comme le montre bien la troisième observation clinique, que le diagnostic s'assombrisse brusquement. Beaucoup de cas, dont le résultat de l'opération pour calculs n'est pas satisfaisant, sont certainement dus à des erreurs de diagnostic ou à des calculs oubliés (25). Ces calculs ne sont pas nécessairement palpables durant l'opération à cause de leur taille et de l'épaisseur des canaux fibrosés (6-7). Bien que les chances de calculs oubliés ne soient pas fréquentes, elles ne sont pas rares. Si cette affection atteint un patient déjà affaibli par une opération, les conséquences peuvent être catastrophiques. Même si l'opération a été bien supportée par le patient, la perspective d'une seconde intervention est bien désagréable, pour le patient comme pour le médecin.

Dans les cas de petits calculs oubliés, le traitement médical est souvent efficace et permet de les éliminer sans recourir à la chirurgie.

Sixième observation clinique

Une femme âgée de 59 ans se plaignait de douleurs dans la région épigastrique. Son anamnèse révélait une néphrectomie à l'âge de 35 ans à la suite d'une hydronéphrose. Elle avait eu, à l'âge de 36 ans, un traitement intra-utérin au radium. On fit une cholécystectomie à l'âge de 56 ans pour un calcul du cholédoque. Deux mois environ avant ce dernier examen, la malade s'était plainte de douleurs dans la région épigastrique, douleurs qui avaient duré dix jours environ. Après cela, la douleur disparut pour réapparaître quelque temps avant la consultation. Il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni traces d'ictère. Le signe de Murphy était négatif. La douleur était devenue permanente. A l'examen physique, on trouvait une cicatrice para-médiane droite avec prolongement latéral sous-costal. Une grosse hernie faisait saillie à cet endroit. On fit une série de radiographies abdominales qui ne révélèrent rien d'anormal.

Cependant, on note la présence de deux calculs radioadsorbants dans le canal cholédoque. On opère la hernie et les calculs en même temps. En plus de la hernie, on extirpa trois calculs du cholédoque, et non deux. Il y avait en effet un petit

calcul entre deux autres, de taille plus grande. Ils avaient tous des facettes et, d'après leur grandeur, ils existaient certainement à l'époque de la première cholécystectomie. La radiomanométrie pratiquée juste après l'ablation des calculs donna des résultats normaux. Une radiographie de contrôle faite un mois plus tard ne révéla plus rien de pathologique.

Dans ce cas, la seconde opération n'aurait jamais été pratiquée si les calculs avaient été tous extirpés lors de l'examen initial.

Septième observation clinique

Une malade, âgée de 53 ans, a été opérée il y a trois ans pour des calculs multiples du cholédoque. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle se plaint de douleurs continuelles, véritables coliques hépatiques accompagnées de sensations désagréables dans le creux de l'estomac. Il n'y a pas d'irradiation vers l'épaule droite et le cou. La malade a suivi un régime très strict. Elle a pourtant engraisé de trois kilos depuis l'opération.

A l'examen physique, le Murphy est positif. On pratique une cholangiographie: une dilatation accusée du cholédoque, avec arrêt brusque dans sa partie inférieure et déformation en cupule, fait penser à un calcul du bas du cholédoque. Il y a également un certain degré de stase dans ce segment. Le liquide opaque passe faiblement dans le duodénum.

Lors de l'opération, le calcul est extrait avec beaucoup de difficulté: c'est un énorme calcul de l'ampoule; il est à facettes, donc ancien, et n'avait pas été repéré lors de la première intervention.

Depuis lors, la malade n'a plus eu aucune crise. Ceci illustre encore la difficulté rencontrée lors de l'opération de sentir par la palpation et de détecter tous les calculs logés dans les voies biliaires.

Huitième observation clinique

Une dame de 58 ans a eu, dans ses antécédents, une appendicectomie et une cholécystectomie à 37 et 43 ans respectivement. Depuis quelque temps, elle a de violentes douleurs en barre dans la région épigastrique, quelquefois un quart d'heure, quelquefois 1 - 2 heures après les repas. Il n'y a pas de vomissements. Pas de perte de poids. Les examens de laboratoire, soit wohlgemuth, soit sang et urine, ne montrent rien de particulier, sauf une

augmentation de la vitesse de sédimentation qui est à 18 pour la 1ère heure et 42 pour la 2ème heure. Deux examens radiographiques montrent un gros diverticule de la 2ème portion du duodénum. Une cholangiographie i.v. révèle une importante dilatation de la voie biliaire principale et des canaux du hile hépatique, sans image évidente de calculs ou d'autres obstacles au niveau du bas cholédoque qui est partiellement masqué par des surprojections aériques duodéno-coliques. Soixante minutes après l'injection, l'aspect de dilatation persiste, mais l'opacification est en voie de diminution, le produit de contraste s'éliminant dans le duodénum.

Le radiologue conclut à une importante dilatation de la voie biliaire principale et des canaux du hile hépatique dont il n'est pas possible de préciser la cause en raison de surprojection aériques duodéno-coliques sur le bas cholédoque (voir figure 4). Il signale aussi que, durant l'examen, la malade a eu une crise douloureuse dont le siège correspondait visiblement au trajet des voies biliaires excrétrices.



Figure 4

Cholangiographie intra-veineuse après cholécystectomie: dilatation de la voie biliaire principale. La nature de l'obstacle ne peut être définie.

Etant donné les symptômes, on pense à une lithiasie du cholédoque. A l'opération, on trouve des calculs en amas dans le bas cholédoque. On fait une pancréatographie per-opératoire qui montre un canal pancréatique assez large. La stase produite par le calcul se répercute donc aussi bien sur le pancréas que le foie.

Voici donc un autre cas où il y avait des calculs oubliés ou néoformés dans le cholédoque. Ainsi, nous avons ici encore un exemple où une cholangiographie i.v. n'avait pas la possibilité de poser un diagnostic exact. L'élargissement du canal pancréatique était probablement dû à la localisation dans le bas cholédoque de l'amas lithiasique. Un Royer, pratiqué avant la lère opération, ou une cholangiographie per-opératoire auraient, de toute évidence, évité les suites que nous avons rapportées.

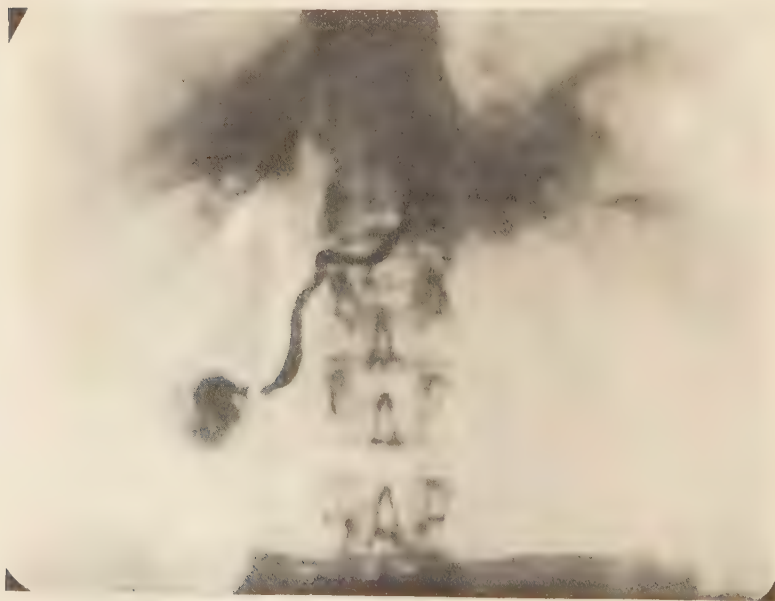


Figure 5

Même cas que figure 4.

Pancréatographie opératoire: stase pancréatique avec importante dilatation du canal de Wirsung.

G. Dyskinésie biliaire

Un dernier état pathologique de la voie biliaire vaut la peine d'être considéré encore:

C'est la dyskinésie biliaire, dont les symptômes sont également vagues. Certains auteurs pensent que ce trouble a des origines psychologiques ou psychomatiques (22, 25). Une idée préconçue veut que le patient névropathique souffre de douleurs imaginaires dans la région abdominale, douleurs qui peuvent être bien difficiles à éclaircir. D'autre part, la présence de spasmes peut résulter d'états de tension nerveuse prolongée. Ceci est vrai pour l'estomac, le duodénum et aussi pour le système biliaire. Les troubles émotionnels sont généralement la cause de spasmes du sphincter d'Oddi (14). Des recherches ont montré qu'une dysfonction ou une dyskinésie de la vésicule biliaire s'accompagnent volontiers d'une inflammation chronique. Des chocs émotionnels violents et répétés sont capables d'augmenter le tonus biliaire chez des patients prédisposés, par effet prédominant au niveau des sphincters. Dans les cas extrêmes, des lésions organiques telles que la cysticite ou l'oddite peuvent en résulter (3, 25). Ces lésions donnent des symptômes fort semblables à ceux de la lithiasie de cette région. Ceci s'explique par le fait que ce n'est pas tant le calcul, mais l'inflammation réactionnelle à la présence du calcul dans la voie biliaire qui amène ces symptômes. Une cysticite chronique peut survenir, aboutissant quelquefois à une sténose du canal, suivie d'une dysfonction accrue du système biliaire. Il est évident que le diagnostic différentiel d'un tel cas est particulièrement délicat. Cet état peut facilement échapper à tous les examens de routine. De même pour l'hypertonie oddienne, la seule méthode possible pour arriver à ce diagnostic est celle de la cholangiographie laparoscopique qui montre sur plusieurs clichés une image permanente de

est la seule sorte [e], ce qui peut amener le bas cholédoque de malade [e]. C'est la meilleure façon d'éviter toute chirurgie inutile et de choisir un traitement simple.

Il arrive quelquefois que les examens postopératoires, à l'examen radiologique, et surtout après de telles opérations, donnent au contraire en fait la confirmation.

Regardez l'opération chirurgicale

Une femme âgée de 77 ans se plaignait de douleurs dans l'hypochondre droit et de nausées persistantes depuis, de plus, elle avait une indigestion pour la nourriture et des vomissements. Elle avait subi une intervention pour l'excision de la vésicule biliaire, mais elle avait subi une intervention pour l'excision de la vésicule biliaire et l'excision de l'excision de la vésicule biliaire, ce qui a été fait très soigneusement. Les radiographies et les échographies ont permis de constater une vésicule biliaire dilatée et une vésicule biliaire dilatée. Elle a subi la même intervention pour la même raison.



Figure 2

Amputation apparente du bas cholédoque à la suite d'une choledocotomie pour extirpation de calcul.

On opéra et l'on retira 33 calculs de la vésicule. Le calcul du cholédoque fut repoussé vers la vésicule, puis retiré. Il n'y eut pas de séquelles. Une cholangiographie de contrôle fut pratiquée quelques temps après. Celle-ci révélait, semblait-il, sur deux radiographies, un calcul dans le canal cholédoque (Voir figure 6). Si c'était le cas, on avait affaire à un calcul oublié. On fit à la patiente une injection intra-veineuse de novocaïne, injection qui fit disparaître cette image et montra un large passage dans le duodénum (Voir figure 7). Il s'agissait d'un spasme du sphincter d'Oddi. A noter que l'ampoule de Vater était pathologiquement située au-delà du genou inférieur.

Ce diagnostic ne peut être posé qu'après s'être assuré de l'absence de toute lésion des voies biliaires. Il est parfois possible de reproduire le syndrome par l'injection de morphine et de le supprimer par les nitrites. Un examen radiographique minutieux est essentiel pour le diagnostic.

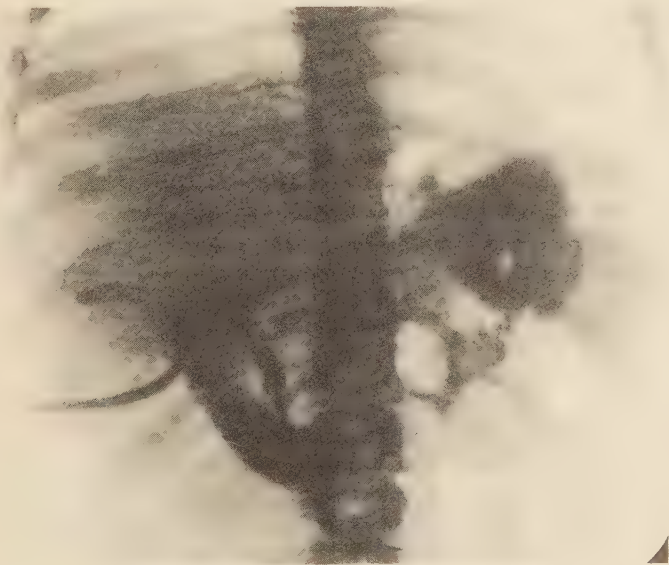


Figure 7

Même cas que figure 6.

Après injection de novocaïne dans la veine, la fausse image de calcul disparaît. Il ne s'agissait que d'une contraction du sphincter d'Oddi.

Conclusion

Les symptômes généraux dus aux calculs de la vésicule biliaire peuvent être extrêmement variés dans leur nature et leur durée. Les calculs biliaires ont été décrits classiquement comme étant la cause des coliques hépatiques typiques. Ce travail a pour objet de démontrer comment les calculs isolés, tout spécialement ceux du canal cystique, peuvent être à l'origine également de symptômes digestifs et dyspeptiques qui peuvent être confondus avec les plaintes des ulcéreux gastriques et duodénaux. Ces calculs solitaires peuvent aussi amener la confusion avec les dyskinésies fonctionnelles sans lithiasie. Il n'est pas rare que ces calculs ne soient pas diagnostiqués par les examens de laboratoire habituels et par les examens radiologiques ordinaires. La méthode de Royer est la seule méthode, donc la méthode de choix pour mettre en évidence, avant toute opération, ces calculs, lorsque les autres épreuves n'ont pas donné de résultats.

L'importance de la lithiasie persistant dans la voie biliaire principale après opération est soulignée. Le calcul dit "itératif" provoque tôt ou tard des ennuis. L'ictère n'en est pas le symptôme le plus fréquent. C'est d'habitude la douleur et les troubles digestifs qui mettent sur la voie d'un calcul méconnu ou oublié au cours d'intervention. Le meilleur chirurgien peut oublier un calcul. Il faut savoir actuellement que ni la palpation, ni le sondage de la voie biliaire ne mettent à l'abri de cette mésaventure. Le contrôle radiologique opératoire est indispensable et les renseignements les plus complets seront donnés par la mesure de pression de passage de l'Oddi, associée à l'examen radiologique.

Dans les nombreuses observations où la mauvaise opacification d'une vésicule donne des renseignements douteux, de

même que dans les cas où, sans histoire lithiasique manifeste, une vésicule ne s'opacifie pas, il faut penser à la lithiase isolée du cystique. Cette calculose peut parfaitement bien permettre une certaine fonction de la vésicule et donner une symptomatologie de type gastro-duodénal, ce qui déroute complètement le clinicien.

Quant au calcul isolé du cholédoque, presque toujours itératif, et non pas autochtone, il produit lui aussi souvent une symptomatologie fruste, batarde, d'où la crise hépatique classique est bannie. L'ictère en est une complication pas aussi fréquente qu'il est coutume de le croire. Aussi, sans crise hépatique, sans jaunisse, mais avec un teint habituellement bistre, "café au lait", les malades atteints de lithiase isolée du cholédoque vont-ils développer des troubles digestifs qui, de coutume, rentrent dans des cadres symptomatiques gastro-duodénaux.

Les moyens d'investigation dont nous disposons nous permettent de poser actuellement les diagnostics difficiles de lithiase isolée de la voie biliaire principale ou du cystique. De ce diagnostic va dépendre l'indication opératoire formelle. Les malades seront pour la plupart guéris définitivement de leurs troubles par une intervention chirurgicale adéquate.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alphonse, P., Demole, M., et Junet, R., "A propos des séquelles vésiculaires de l'hépatite épidémique: Une observation anatomo-clinique". *Gastroenterologia*, 1946, 71, 295-302.
2. Anderson, W.A.D., "Synopsis of Pathology", Mosby, St-Louis, 1952.
3. Bonnet, G.F., "Traitement chirurgical des dyskinésies biliaires", *Médecine et Hygiène*, 1957, 363, 245.
4. Calame, A., "Laparoscopie; cholangiographie et photographie laparoscopiques", *Gastroenterologia*, 1954, 82, 88-97
5. Calame, A., "Laparoscopie et cholangiographie laparoscopique", IV. Congrès de gastroentérologie, Paris, 1954, Masson et Cie, Paris, 1956, 643-646.
6. Calame, A., "Cholangiographie laparoscopique et indication opératoire", *Gastroenterologia*, 1957, 88, 275-288.
7. Calame, A. et Montant, R., "La cholangiographie laparoscopique, son intérêt diagnostique préopératoire". *Helv. Chir. Acta.*, 1954, 21, 438-440.
8. Calame, A. et Mottironi, G., "Réflexions sur le diagnostic préopératoire des affections cholédociennes", *Helv. Chir. Acta.*, 1955, 22, 345-353.
9. Caroli, J., Ricordeau, P. et Fourès, A., "La laparoscopie simple et combinée et son importance dans le diagnostic des maladies hépato-biliaires", *La semaine des hôpitaux de Paris*, 1954, 27, 1671-1689.

10. Caroli, J., "Maladie des voies biliaires", Collection médico-chirurgicale, Paris, Flammarion, 1954.
11. Cliffton, E.E., "Diseases of the Pancreas", Ciba Clinical Symposium, 1957, 9, 51-78.
12. Demole, M., "La lithiase vésiculaire, étude clinique et radiologique", Revue du praticien, 1953, 13, 873-877.
13. Dixon, C.F., and MacCarran, S., "Carcinoma or stone in the common bile duct", Rocky Mountain Medical Journal, February 1953.
14. Doubilet, H., "Etiology and treatment of Pancreatitis", New York State Journal of Medicine, 1949, 49, 2938-2944.
15. Flax, W., "Etude de l'angio-cholangiographie laparoscopique ou méthode de Royer. Sa valeur comparée aux autres méthodes". Thèse de Genève, 1958, No. 2547.
16. Harvier, P., "Lithiase biliaire, avant-propos", La Revue du Praticien, 1953, 13, 863-864.
17. Hepp, J., "Les cancers de la voie biliaire principale", Médecine et Hygiène, 1957, 367, 315.
18. Lichtman, S.S., "Diseases of Liver, Gall Bladder and Bile Ducts", Philadelphia, Lea and Febiger, 1949.
19. Popper, H., "Jaundice, important clinical and functional considerations," Ciba Clinical Symposium, 1955, 7, 135-161.
20. Popper, H., "Hepatitis and Hepatic Tests", Ciba Clinical Symposium, 1956, 8, 92-94.
21. Roux, M., "Etude clinique et radiologique de la lithiase du cholédoque", La Revue du Praticien, 1953, 13, 879-888.
22. Royer, M., Mazure, P., and Kohan, S., "Biliary Dyskinesia studied by means of the peritonioscopic cholangiography", Gastroenterology, 1950, 16, 83-90.
23. Royer, M., "La cholangiographia laparoscopia", Editorial El Ateneo, Buenos-Aires, 1952.
24. Royer, M., "Indications de la cholangiographie laparoscopique" Médecine et Hygiène, 1957, 363, 242.
25. Sarles, H., "Etude des facteurs nerveux centraux et périphériques au cours des dyskinésies biliaires", Arch. mal. app. dig., 1956, 45, 7-22.

26. Suarez, A., "Une contribution à l'étude de la sténose du sphincter d'Oddi", Thèse de Genève, 1957, No. 2541.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	3
A. Symptomatologie de la lithiase biliaire	4
I. Symptomatologie classique	4
II. Symptomatologie atypique	5
B. Techniques permettant de mettre en évidence les calculs biliaires	7
I. Cholécystographie par voie orale	7
II. Cholangiographie intra-veineuse	8
III. Cholangiographie sous laparoscopie (méthode de Royer)	8
C. Calculs solitaires du canal cystique	9
Première observation clinique	9
Deuxième observation clinique	10
Calculs non diagnostiqués du canal cystique	12
D. Passage d'un calcul du canal cystique dans le canal cholédoque; lithiase cholédocienne	13
Troisième observation clinique	14
Quatrième observation clinique	16
Cinquième observation clinique	18
E. Répercussions de l'obstruction cystique ou cholédocienne	19
I. Stase biliaire	19
II. Ictère par obstruction	20

Table des Matières (suite)

	Pages
F. Calculs oubliés	20
Sixième observation clinique	21
Septième observation clinique	22
Huitième observation clinique	22
G. Dyskinésie biliaire	25
Neuvième observation clinique	26
Conclusion	28
Bibliographie	30
Table des matières	

